

Ce este dermatita atopică?

Dermatita atopică (DA) este o afecțiune cutanată inflamatorie frecventă, ce creează o senzație intensă de mâncărime (prurit), cu episoade recurente și un curs cronic. Aceasta apare de regulă în copilărie, încă din primii ani de viață, însă poate debuta la orice vârstă. Cele mai multe dintre cazurile înregistrate debutează înaintea vârstei de 5 ani.

Dermatita atopică este o boală cronică a pielii, inflamatorie și recidivantă, de origine necunoscută, dar care se asociază frecvent cu istoric familial de atopie. Pe lângă prurit, la nivelul pielii apar leziuni eczematoase, xeroză și lichenificări. Incidența bolii este în continuă creștere. Dermatita atopică este o expresie a interacțiunilor complexe între diverși factori precum cei genetici și de mediu.

Dermatita atopică este o afecțiune a pielii al cărei debut se datorează mai multor factori precum:

- Factori genetici sau predispoziție genetică (în cele mai multe cazuri, peste 50% din cazurile diagnosticate)
- Expunerea la alergeni sau iritanți ai mediului- factori biochimici și ambientali
- Existența unor tulburări ale metabolismului lipidelor la nivelul pielii (bariera cutanată disfuncțională) - factori imunologici
- Factori neuroendocrini

Diagnostic

Diagnosticul în dermatita atopică este prin excelență clinic și se formulează pe baza manifestărilor clinice, morfologia acestora și distribuția leziunilor. Nu există nici un marker de laborator specific pentru dermatita atopică. Trăsăturile esențiale pentru stabilirea diagnosticului de dermatită atopică includ pruritul și modificările eczematoase cu un aspect tipic, debutul frecvent în copilărie și evoluția cronică sau recurentă. Dermatita atopică debutează de regulă înainte de vârsta de 5 ani și poate persista până în adolescență sau vârsta adultă. Pentru unii pacienți boala se remite perioade îndelungate, de luni sau ani.

După stabilirea diagnosticului trebuie stabilită severitatea bolii, în funcție de scorul obținut în urma aplicării „Scoringului dermatitei atopice” dezvoltat de ETFAD (European Task Force of Atopic Dermatitis). Un scor mai mare de 50 este considerat a fi asociat deja unei forme severe de boală. Acest scor este obținut la aproximativ 10% dintre cei diagnosticați.

Criterii pentru diagnostic

- Prurit
- Debut înainte de vârsta de doi ani
- Istoric de leziuni la plicile mari (îndoitură, cută a unei formații anatomice)
- Diferențierea celorlalte afecțiuni ale pielii roșii și solide

| Academia Americană de Dermatologie utilizează următoarele caracteristici pentru diagnosticarea eczemelor | |
|--|--|
| Caracteristici esențiale ce trebuie să fie prezente | <ul style="list-style-type: none"> • Prurit • Eczemă (acută, subacută, cronică) • Istoric cronic sau recidivant • Morfologie tipică și tipare specifice vârstei • Implicarea feței, gâtului și a mușchiului extensor la sugari și copii • Modificări ale pielii în regiuni inghinale și axiale |
| Caracteristici importante ce sunt prezente în majoritatea cazurilor diagnosticate | <ul style="list-style-type: none"> • Debutul precoce • Atopia • Istoricul personal și familial • Niveluri crescute ale IgE (imunoglobulina E) • Xeroză (piele uscată) |
| Conexiuni asociate ce propun indicii pentru diagnosticul de dermatită atopică | <ul style="list-style-type: none"> • Răspunsuri vasculare atipice • Paloare facială • Dermatografie albă (răspuns întârziat la alb) • Pilaris Kerarosis • Modificări oculare • Leziuni periorale • Leziuni de prurigo (leziuni pruriginoase) • Alte manifestări regionale |

| Criteriile Hanifin și Rajka pentru diagnosticarea dermatitei atopice | |
|--|---|
| Criterii majore (trebuie să existe 3 dintre acestea) | <ul style="list-style-type: none"> • Pruritul • Dermatita care afectează zonele ce pot fi flexate/ îndoite la adulți și mușchiul extensor la sugari • Dermatita atopică sau recidiva acesteia • Istoricul personal și/sau familial de alergii cutanate sau respiratorii |

| | |
|--|--|
| <p>1) Criterii minore (trebuie să existe 3 dintre acestea)</p> | <p>1) Elemente faciale: Paloarea facială, eritem, pete hiperpigmentare, conjunctivă recurentă, pigmentarea pleoapelor (întunecare infraorbitală), cheilitis (inflamarea buzelor)</p> <p>2) Mecanisme de declanșare (triggers) Factori emoționali, factori de mediu, alimente, iritanți ai pielii</p> <p>3) Complicații: Susceptibilitatea la infecții ale pielii, predispoziție la keratoconus (afecțiune oculară non-inflamatorie) și cataracte subcapsulare posterioare, reactivitate imediată a pielii, imunitate mediată de celulele afectate</p> <p>4) Altele: Vârsta fragedă a debutului, pielea uscată, ihtioza, palmele hiperliniare, piloza keratozei, dermatita mâinilor și a picioarelor, eczema mamelonului, dermografism alb, accentuare perifoliculară</p> |
|--|--|

Tratament

Tratamentele au rolul de a gestiona eficient exacerbările, pe termen scurt și pe termen lung, cu rol decisiv în evoluția și gestionarea bolii. Important este ca pacienții și persoanele ce îngrijesc pacienții să poată identifica simptomele, să le conștientizeze, astfel încât să poată formula un management eficient al recăderilor. Conștientizarea implică căutarea tratamentelor de actualitate, evitarea factorilor declanșatori specifici și înțelegerea tratamentelor antiinflamatorii și corticosteroide la care se adaugă tratamente ce previn recurențele și prelungirea intervalelor de timp între două recurențe.

Terapie (tratament) de bază: programe educaționale despre dermatita atopică, emoliente, uleiuri esențiale pentru baie, evitarea alergenilor relevanți din punct de vedere clinic (testare la alergeni dacă este cazul);

Tratamente pentru eczeme blânde sau tranzitorii: terapie reactivă cu corticosteroizi topici sau, în funcție de alți factori existenți, utilizarea inhibitorilor de calcineurină (unguent);

Tratamente pentru eczeme recurente sau manifestări moderate: terapie UV, terapii de linia a II-a (tacrolimus) sau glucocorticosteroizi (cls. a III-a), consiliere psihosomatică;

Tratamente pentru eczemele persistente sau manifestări grave: se recomandă spitalizarea, tratament cu lumină ultravioletă, imunosupresie sistemică (administrarea de medicamente precum Metotrexat, Azatioprina, Micofenolat mofetic, Alitretinoina sau acidul 9-

cis-retinoic care este o formă de vitamina A), cura heliomarină (utilizată în tratamentul dermatozelor cronice și recidivelor pe termen lung).

Aceleași tipuri de terapii se aplică și în cazul copiilor.

Există o concepție greșită asupra vaccinurilor și dermatitei atopice; cel puțin până în prezent, nu există studii care să arate că vaccinurile au impact asupra dezvoltării bolii. Toții copiii cu dermatită atopică trebuie să urmeze schemele de vaccinare existente la nivel național. În cazul în care copiii se află în timpul unei terapii imunosupresive și urmează să le fie administrat un vaccin din schema națională standard, atunci trebuie consultat specialistul.

Îngrijirea în cazul dermatitei atopice

- Emolientul trebuie prescris în cantități adecvate ce trebuie utilizate în mod frecvent și corect
- Uleiurile de baie emoliente și înlocuitorii de săpun ar trebui de asemenea folosiți. Uleiurile cu un conținut mai ridicat de lipide sunt de preferat
- La pacienții cu dermatită atopică moderată până la severă trebuie monitorizată dieta, eliminând alimentele care au provocat reacțiile clinice precoce, dar după o analiză atentă și la recomandarea medicului
- Trebuie respectată o anumită diversitate de alimente selectate în timpul introducerii alimentelor între vârsta de 4 și 6 luni
- Corticosteroizii topici sunt medicamente antiinflamatorii importante care trebuie utilizate în dermatita atopică, în special în fazele acute
- Teama pacientului de efectele secundare ale corticosteroizilor trebuie recunoscută și abordată în mod adecvat pentru îmbunătățirea aderenței la tratament.

Impact și abordare psihologică

Dată fiind varietatea terapiilor existente, adaptate pentru fiecare individ în parte și a reacțiilor acestora, pacienții și cei care participă la îngrijirea lor, îi ajută, le oferă suport, au nevoie de strategii clare și ușor de înțeles pentru nevoile lor individuale, scopul fiind cel de a deveni cât mai confortabili cu și pentru responsabilitatea tratamentului aplicat condiției cronice.

Abordarea multidisciplinară, ce include și abordarea psihologică, este necesară pentru a depăși perioadele dificile, mâncărimea severe, stigmatizarea și impactul bolii asupra calității vieții. Intervenția psihologică trebuie privită ca o parte importantă a tratamentului. La pacienții foarte tineri, intervenția psihologică se face cu părinții, aceștia au nevoie de oportunități pentru a ventila

frustrările și sentimentele de îngrijorare. Este importantă și interacțiunea părinților ce au copii cu aceeași afecțiune/ tulburare.

Multe boli dermatologice au fost asociate cu alte comorbidități psihiatrice, însă cei cu dermatită atopică au un profil psihologic caracteristic prin gradul înalt manifestat de anxietate și depresie, ce diferă de cel al altor pacienți cu afecțiuni dermatologice. Există studii ce arată că pacienții cu dermatită atopică suferă de tulburări ale somnului, comparativ cu cei ce nu au dermatită atopică, fapt ce crește riscul apariției depresiei.

În cazul în care există programe de consiliere individuală cu privire la alegerea profesiei, trebuie să se facă recomandări speciale cu privire la profesiile care presupun venirea în contact cu substanțe iritante.